

**SKRIPSI**  
**HUBUNGAN KARAKTERISTIK PENGGUNAAN ARV DENGAN**  
**KUALITAS HIDUP ORANG DENGAN HIV/AIDS**



**OLEH**  
**REZKY AWALYA RAMADHANI NB**  
**R011181041**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**  
**FAKULTAS KEPERAWATAN**  
**UNIVERSITAS HASANUDDIN**  
**KOTA MAKASSAR**

**2022**

**LEMBAR PERSETUJUAN SKRIPSI**

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK PENGGUNAAN ARV DENGAN  
KUALITAS HIDUP ORANG DENGAN HIV/AIDS**

Oleh:

**Rezky Awalya Ramadhani NB  
R011181041**

Disetujui untuk diajukan dihadapan Tim Penguji Akhir Skripsi Program  
Studi Sarjana Keperawatan Universitas Hasanuddin

Dosen Pembimbing

Pembimbing I



**Akbar Harisa, S.Kep., Ns., PMNC., MN**  
NIP. 1980121520121210003

Pembimbing II



**Dr. Andina Setyawati, S.Kep., Ns., M.Kep**  
NIP. 198309162014142001

## LEMBAR PENGESAHAN

### HUBUNGAN KARAKTERISTIK PENGGUNAAN ARV DENGAN KUALITAS HIDUP ORANG DENGAN HIV/AIDS

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir pada :

**Hari/Tanggal** : Selasa, 13 September 2022

**Pukul** : 14.00 - Selesai

**Tempat** : Via Online

Disusun Oleh :

**REZKY AWALYA RAMADHANI NB**  
**R011181041**

Dan yang bersangkutan dinyatakan :

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II

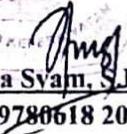


Akbar Harisa, S.Kep., Ns., PMNC., MN  
NIP. 1980121520121210003

Dr. Andina Setyawati, S.Kep., Ns., M.Kep  
NIP. 198309162014142001

Mengetahui

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Keperawatan  
Universitas Hasanuddin

Dr. Yulliana Syam, S.Kep., Ns., M.SI  
NIP. 19780618 200212 2 002

## LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

### PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Rezky Awalya Ramadhani NB

NIM : R011181041

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia bertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi sesuai aturan yang berlaku atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan sama sekali.

Makassar, 18 Juli 2022

Yang membuat pernyataan



Rezky Awalya Ramadhani NB

## **KATA PENGANTAR**

Alhamdulillah, puji dan syukur peneliti ucapkan kehadirat ilahi Robbul Izzati, yang berkat rahmat dan karunia-Nya peneliti dapat menyelesaikan draft skripsi ini. Tujuan penyusunan draft skripsi ini adalah sebagai langkah awal untuk melakukan penelitian skripsi yang merupakan salah satu syarat dalam menempuh sidang skripsi guna memperoleh gelar Sarjana Keperawatan Program S1 Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.

Penulisan draft skripsi ini peneliti mengambil judul “Hubungan Karakteristik Penggunaan ARV dengan Kualitas Hidup Orang dengan HIV/AIDS”. Mengingat keterbatasan pengetahuan, pengalaman dan kemampuan penulisan, draft skripsi ini tidak luput dari kekurangan dan belum sempurna, namun penulis berharap semoga draft skripsi ini dapat bermanfaat bagi penulis khususnya serta bagi semua pihak yang berkenan memanfaatkannya.

Pada proses penyusunan ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, penulis menyampaikan rasa hormat dan terimakasih kepada Bapak Akbar Harisa, S.Kep., Ns., PMNC., MN dan Ibu Andina Setyawati, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing yang telah banyak meluangkan waktu serta memberikan bimbingan dan pengarahan sampai terselesaikan draft skripsi ini.

Selain itu, penulis mengucapkan terimakasih sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak, Ibu dosen dan seluruh staf pengajar Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin
2. Para staf Akademik Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin
3. Ibu Dr. Erfina, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing akademik

4. Dr. Takdir Tahir, S.Kep., Ns., M.Kes selaku dosen penguji I yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan masukan dan saran dalam penyusunan skripsi ini.
5. Framita Rahman, S.Kep., Ns., M.Sc selaku dosen penguji II yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan masukan dan saran dalam penyusunan skripsi ini.
6. Ketua Yayasan Peduli Kelompok Dukungan Sebaya (YPKDS) Kota Makassar beserta staf yang membantu Penulis dalam mengumpulkan data yang diperlukan.
7. Orangtua tersayang yang telah sering mengingatkan dan mendoakan untuk kelulusan kuliah.
8. Teman-teman di kampus Unhas khususnya teman-teman seperjuangan skripsi, terima kasih telah banyak membantu.
9. Serta semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu, terima kasih atas bantuan, nasehat dan dorongan dalam penyusunan draft skripsi ini.

Semoga amal ibadah, dan dorongan serta do'a yang diberikan kepada penulis dengan tulus dan ikhlas mendapatkan Rahmat dan karunia dari Allah Swt. Aamiin.

Makassar, Februari 2022

Penulis

## ABSTRAK

Rezky Awalya Ramadhani NB. R011181041. **HUBUNGAN KARAKTERISTIK PENGGUNAAN ARV DENGAN KUALITAS HIDUP ORANG DENGAN HIV/AIDS.** Dibimbing oleh Akbar Harisa<sup>1</sup> dan Andina Setyawati<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Departemen Komunikasi dalam Keperawatan, Keperawatan Jiwa dan Manajemen Keperawatan.

<sup>2</sup>Departemen Keperawatan Dasar dan Keperawatan Medikal Bedah.

**Latar Belakang :** Kualitas hidup ODHA secara fisik memengaruhi setiap aspek kehidupan. Perawatan ODHA dalam peningkatan kualitas hidupnya adalah dengan memberikan terapi antiretroviral (ARV). Kesuksesan pemberian terapi ARV dapat dipengaruhi oleh beberapa karakteristik penggunaan ARV.

**Tujuan :** Untuk mengetahui hubungan karakteristik penggunaan ARV dengan kualitas hidup ODHA pada domain kesehatan fisik, domain psikologis, domain hubungan sosial dan domain lingkungan.

**Metode :** Penelitian ini menggunakan desain penelitian *cross sectional*. Teknik *sampling* yang digunakan adalah *purposive sampling*. Pengumpulan data dengan pengisian kuesioner karakteristik penggunaan ARV dan *The World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL) – BREF* untuk mengukur kualitas hidup.

**Hasil :** Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara lama penggunaan ARV, kombinasi ARV dengan herbal, efek samping yang dirasakan, dan jenis terapi yang digunakan dengan kualitas hidup responden ( $p>0,05$ ). Sedangkan kepatuhan pengobatan ARV hanya memiliki hubungan positif dengan kualitas hidup pada domain lingkungan ( $p=0,033$ ,  $r=0,212$ ).

**Kesimpulan :** Kepatuhan pengobatan berhubungan positif dengan kualitas hidup pada domain lingkungan.

**Kata Kunci :** Antiretroviral, Kualitas hidup, ODHA.

## ABSTRACT

Rezky Awalya Ramadhani NB. R011181041. **CORRELATION BETWEEN CHARACTERISTICS OF ARV USE AND QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH HIV/AIDS**. Guided by Akbar Harisa: Department of Nursing Communication, Mental Health Nursing, and Nursing Management; and Andina Setyawati: Department of Basic Nursing and Medical Surgical Nursing.

**Background** : The quality of life of PLWHA physically affect every aspect of life. Treatment of PLWHA in improving their quality of life is by providing antiretroviral therapy (ARV). The success of ARV therapy can be influenced by several characteristics of ARV use.

**Aim** : To knowing the correlation between characteristics of ARV use and quality of life of people with HIV/AIDS in the physical health domain, the psychological domain, the social relations domain and the environmental domain.

**Method** : This research used cross sectional design. The sampling technique used was purposive sampling. Collecting data by filling out a questionnaire on the characteristics of the use of ARV and The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) – BREF to measure the wuality of life.

**Results** : The results showed that there was no correlation between the duration of arv use, the combination of ARV with herbs, perceived side effects, and type of therapy used with the respondent's quality of life ( $p>0,05$ ). Meanwhile, ARV treatment adherence only had a positivie correlation with quality of life in the enviromental domain ( $p=0,033$ ,  $r=0,212$ ).

**Conclusion** : Treatment adherence is positively correlated to quality of life in the enviromental domain.

**Keywords** : Antiretroviral, Quality of life, PLWHA.

## DAFTAR ISI

<b>LEMBAR PERSETUJUAN SKRIPSI .....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI .....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR BAGAN.....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>xii</b>
<b>BAB I.....</b>	<b>1</b>
<b>PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah .....	6
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Manfaat Penelitian.....	7
<b>BAB II .....</b>	<b>9</b>
<b>TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>9</b>
A. Konsep Penyakit HIV/AIDS .....	9
B. Konsep ARV .....	14
C. Karakteristik Penggunaan ARV .....	27
D. Konsep Kualitas Hidup.....	30
<b>BAB III.....</b>	<b>35</b>
<b>KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS.....</b>	<b>35</b>
A. Kerangka Konsep .....	35
B. Hipotesis Penelitian.....	36
<b>BAB IV .....</b>	<b>38</b>
<b>METODE PENELITIAN .....</b>	<b>38</b>
A. Rancangan Penelitian .....	38
B. Tempat dan Waktu Penelitian .....	38

C.	Populasi dan Sampel.....	38
D.	Alur Penelitian.....	41
E.	Variabel Penelitian .....	42
F.	Instrumen Penelitian.....	44
G.	Pengumpulan Data.....	46
H.	Pengolahan dan Analisa Data.....	46
I.	Masalah Etika .....	49
<b>BAB V.....</b>		<b>52</b>
<b>HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....</b>		<b>52</b>
A.	Hasil Penelitian.....	52
B.	Pembahasan .....	64
C.	Keterbatasan Penelitian .....	71
<b>BAB VI.....</b>		<b>73</b>
<b>PENUTUP.....</b>		<b>73</b>
A.	Kesimpulan.....	73
B.	Saran .....	73
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>		<b>75</b>
<b>LAMPIRAN-LAMPIRAN .....</b>		<b>82</b>

## **DAFTAR BAGAN**

Bagan 1. Kerangka Konsep Penelitian.....	35
Bagan 2. Alur Penelitian .....	41

## DAFTAR TABEL

Tabel 1. Paduan Terapi ARV Lini Pertama pada Dewasa, Remaja, dan Anak Usia 3-10 Tahun .....	16
Tabel 2. Paduan Terapi ARV Lini Ketiga pada Dewasa, Remaja dan Anak Usia 0-10 Tahun.....	18
Tabel 3. Daftar Obat ARV di Indonesia Beserta Nama Dagang yang Sering digunakan, Dosis dan Efek Sampingnya .....	18
Tabel 4. Tabel Jenis Uji yang dilakukan .....	49
Tabel 5. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden .....	52
Tabel 6. Distribusi Karakteristik Penggunaan ARV Responden .....	54
Tabel 7. Distribusi Kualitas Hidup Responden.....	55
Tabel 8. Distribusi Domain Kesehatan Fisik Kualitas Hidup berdasarkan Karakteristik Responden .....	56
Tabel 9. Distribusi Domain Psikologis Kualitas Hidup Berdasarkan Karakteristik Responden .....	57
Tabel 10. Distribusi Domain Hubungan Sosial Kualitas Hidup Berdasarkan Karakteristik Responden .....	59
Tabel 11. Distribusi Domain Lingkungan Kualitas Hidup Berdasarkan Karakteristik Responden .....	60
Tabel 12. Analisis Data Uji Normalitas Karakteristik Penggunaan ARV dan Kualitas Hidup.....	62
Tabel 13. Hubungan Karakteristik Penggunaan ARV dengan Kualitas Hidup ODHA (n=102).....	63

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

*Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDs) adalah sekumpulan gejala yang timbul karena turunnya kekebalan tubuh yang disebabkan infeksi oleh HIV. *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) adalah sejenis virus yang menginfeksi sel darah putih yang menyebabkan turunnya kekebalan tubuh manusia (Khairani, 2020).

Kasus HIV/AIDS di Indonesia terus meningkat dari tahun 2009 sampai 2019 meskipun cenderung fluktuatif. Jumlah kasus HIV di Indonesia mencapai puncaknya pada tahun 2019 selama sebelas tahun belakangan, yaitu sebanyak 50.282 kasus. Tahun 2020 kasus turun dari 16,5 % menjadi 41.987 kasus. Periode Januari-Maret 2021 ditemukan kasus HIV/AIDS sebanyak 7.650 dari 810.846 yang dites HIV. Kasus HIV/AIDS di Sulawesi Selatan ditemukan sebanyak 11.779 kasus dan termasuk kedalam 10 besar provinsi kasus ODHA terbanyak (Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2021).

Jumlah Virus HIV dalam darah disebut *viral load*, dinyatakan dalam satuan kopi per mililiter (mL) darah. Untuk mengukur jumlah virus HIV di dalam darah maka dilakukan Tes *Viral Load* (Astari et al., 2009). Pada tahun 2020 pasien HIV/AIDS di Indonesia yang diperiksa *viral load* nya sebanyak 31.624 orang dengan virus yang tersupresi sebanyak 27.303 orang dengan

presentase sekitar 86,3% (*Laporan Kinerja Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2020*).

Orang yang terdiagnosa positif HIV/AIDS dikenal dengan sebutan Orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Beberapa ODHA cenderung mudah lelah, demam terus-menerus, berat badan turun dengan cepat, dan berbaring karena infeksi HIV. Akibatnya, aktivitas sehari-hari menjadi sulit dan tidak dapat melakukan pekerjaan lagi. Gangguan ini menunjukkan penurunan kualitas hidup. ODHA harus berjuang untuk mengatasi berbagai gejala terkait HIV dalam jangka panjang dan untuk mengatasi berbagai masalah sosial, kemiskinan, depresi, penyalahgunaan zat, dan keyakinan budaya yang dapat mempengaruhi kualitas hidup (Handayani & Dewi, 2017).

HIV/AIDS merupakan penyakit kronis progresif yang dapat mempengaruhi kualitas hidup ODHA. Kualitas hidup ODHA secara fisik memengaruhi setiap aspek kehidupan. Ketika virus HIV secara bertahap mulai melemahkan sistem kekebalan, orang yang terinfeksi HIV menjadi lebih rentan terhadap berbagai penyakit. ODHA cenderung memiliki kualitas hidup yang buruk karena mereka tidak dapat melakukan pekerjaan sehari-hari atau bahkan bekerja (Diatmi & Fridari, 2014). Sebuah penelitian tentang kualitas hidup ODHA di Yayasan Kanti Sehati Sejati menunjukkan bahwa lebih 50% dari enam domain kualitas hidup memiliki kualitas hidup buruk. 6 domain kualitas hidup yang dimaksud adalah kesehatan fisik, kesehatan psikologi, tingkat kemandirian, kesejahteraan sosial, kesejahteraan lingkungan, dan spiritual (Nabilah et al., 2021).

Penelitian yang dilakukan Basri (2018) mengungkapkan bahwa faktor determinan kualitas hidup ODHA yang buruk adalah stigma negatif, depresi, dukungan sosial yang tinggi, kepatuhan terhadap terapi obat anti retroviral (ARV), dan pengalaman status sosial ekonomi yang tinggi. Selain itu, stigma negatif dan lamanya penggunaan terapi ARV merupakan faktor lain yang memengaruhi kualitas hidup ODHA (Handayani & Dewi, 2017).

Terapi antiretroviral (ARV) adalah obat yang dapat mengurangi timbulnya HIV di dalam tubuh. ODHA yang membutuhkan ARV biasanya mencapai stadium tertentu dengan jumlah *Cell Differentiated4* (CD4) <350/mm<sup>3</sup>. Pengobatan ARV diharapkan dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian, meningkatkan kualitas hidup, menjaga kekebalan, dan memaksimalkan replikasi virus (Sugiharti et al., 2014).

Kepatuhan terhadap pengobatan ARV pada ODHA sangat penting dalam pengobatan HIV dan AIDS. Hal ini karena terapi ARV dapat memperpanjang umur ODHA, tetapi tidak dapat menyembuhkan infeksi HIV. Meskipun begitu, terapi ARV dapat mengurangi jumlah virus dalam tubuh ODHA dengan penggunaan yang berkelanjutan. Oleh karena itu, kelalaian minum obat dapat menyebabkan resistensi (Basri, 2018).

Lama terapi ARV juga memengaruhi perubahan pada kualitas hidup ODHA. ARV digunakan bukan untuk menyembuhkan, tetapi untuk memperpanjang hidup ODHA, membuat mereka lebih sehat dan lebih produktif dengan mengurangi viremia dan meningkatkan jumlah CD4 (Handayani & Dewi, 2017). Namun, penelitian yang dilakukan Winangun et

al., (2020) tidak menunjukkan adanya hubungan antara lama terapi ARV dengan kualitas hidup ODHA. Lama terapi tidak berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien dalam penelitian tersebut. Sehingga kesenjangan antara penelitian dan teori tersebut perlu diklarifikasi..

Penggunaan terapi ARV berdasarkan lama terapinya di kota Makassar yang tertinggi adalah 1-5 tahun dengan persentase sebesar 52,5% (Junaidin, 2019). Penelitian yang dilakukan Handayani & Dewi (2017), menunjukkan tingkat kepatuhan terapi ARV masih rendah. Salah satu faktor yang mempengaruhinya adalah efek samping obat.

Selain efek samping obat, studi yang dilakukan Banna & Manoppo (2019) menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara kepatuhan minum obat ARV dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS. Kepatuhan yang tepat terhadap pengobatan memiliki makna minum obat sesuai resep sesuai persetujuan antara pasien dan profesional kesehatan. Kepatuhan yang salah terhadap pengobatan mencakup ketidaksesuaian dosis atau penyalahgunaan obat (meminum obat tidak sesuai resep dan tidak melaksanakan anjuran konsumsi makanan dari profesional kesehatan). Risiko kegagalan pengobatan muncul jika pasien sering lupa minum obat. Sebaliknya, pada pasien HIV/AIDS yang mengkonsumsi terapi ARV secara teratur, secara teoritis akan menunjukkan peningkatan domain fisik yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien (Setiyorini, 2015).

Terapi ARV yang digunakan berdasarkan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan

Penyehatan Lingkungan (2012) terdiri dari dua obat dasar dan satu obat pilihan. Tentunya setiap obat ini memiliki efek samping yang berbeda-beda yang juga akan memengaruhi kualitas hidup ODHA.

Kombinasi ARV dengan terapi komplementer juga dapat meningkatkan kualitas hidup ODHA. Terapi yang sering digunakan adalah terapi buah naga merah. Aktivitas antibakteri kulit buah naga memiliki spektrum luas yang dapat menghambat patogenesis bakteri gram positif dan gram negatif (Fitriani et al., 2014).

Namun, penelitian Rahman et al., (2019) menunjukkan hasil yang berbeda bahwa penggunaan obat tradisional tidak efektif. Hal ini dikarenakan tidak adanya perubahan berarti setelah menggunakannya juga khasiat dari obat tersebut kurang meyakinkan. Adapun jenis layanan tradisional yang digunakan berupa daun pangi (*pangium edule reinwi*) yang diolah dalam bentuk sayur, rebusan buah merah (*pandanus conoideus*), dan jus buah mengkudu (*morinda citrifolia*). Pasien menggunakan obat tradisional ini atas rekomendasi keluarga dan sebagian hanya untuk ‘coba-coba’ sehingga petugas kesehatan menyarankan untuk cukup menggunakan ARV saja.

Berdasarkan beberapa penelitian yang sudah dipaparkan sebelumnya, Penggunaan ARV bagi pasien ODHA ditemukan dapat meningkatkan kualitas hidupnya. Namun, perlu dijabarkan lebih detail terkait karakteristik penggunaan ARV yang mempengaruhi kualitas hidup ODHA antarlain lama penggunaan, kombinasi ARV dengan herbal, kepatuhan pengobatan ARV, efek samping yang dirasakan dan jenis terapi yang digunakan.

Berdasarkan uraian permasalahan diatas perlu untuk dilakukan penelitian tentang “Hubungan Karakteristik Penggunaan ARV dengan Kualitas Hidup Orang dengan HIV/AIDS”.

## **B. Rumusan Masalah**

Kasus HIV/AIDS di Indonesia cukup tinggi termasuk dalam lingkup regional Sulawesi. Upaya perawatan pada Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) untuk meningkatkan kualitas hidupnya adalah dengan memberikan terapi antiretroviral (ARV). Namun kesuksesan terapi ARV ini juga dipengaruhi oleh kepatuhan dan ketidaktepatan serta karakteristik lainnya dalam mengkonsumsi obat ARV. Karakteristik tersebut antara lain lama penggunaan, kombinasi ARV dengan herbal, kepatuhan pengobatan, efek samping yang dirasakan dan jenis terapi yang digunakan. Oleh karena itu berdasarkan uraian latar belakang dari masalah tersebut, peneliti merumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut:

“Bagaimana hubungan karakteristik penggunaan ARV dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS?”

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan umum penelitian ini adalah teridentifikasinya hubungan karakteristik penggunaan ARV dengan kualitas hidup ODHA.

## **2. Tujuan Khusus**

Tujuan khusus penelitian ini adalah untuk:

- a. Teridentifikasinya karakteristik penggunaan ARV oleh ODHA (lama penggunaan, kombinasi ARV dengan herbal, kepatuhan pengobatan, efek samping yang dirasakan dan jenis terapi yang digunakan).
- b. Teridentifikasinya kualitas hidup ODHA pada domain kesehatan fisik, domain psikologis, domain hubungan sosial, dan domain lingkungan.
- c. Teridentifikasinya hubungan karakteristik penggunaan ARV dengan kualitas hidup ODHA pada domain kesehatan fisik, domain psikologis, domain hubungan sosial, dan domain lingkungan.

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Manfaat Teoritis**

Secara teoritis hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat yaitu :

- a. Untuk menjadi tambahan ilmu dan pengetahuan mengenai kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS dan pengajaran mengenai kualitas hidup.
- b. Sebagai bahan alternatif untuk meningkatkan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS
- c. Sebagai pijakan dan referensi pada penelitian-penelitian selanjutnya yang berhubungan dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS serta menjadi bahan kajian lebih lanjut.

## 2. Manfaat Praktis

### a. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai sumber informasi untuk menambah pengetahuan bagi *civitas* akademik khususnya yang berada di Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin yang berkaitan dengan karakteristik penggunaan obat ARV yang dapat memengaruhi kualitas hidup pada ODHA.

### b. Bagi Pelayanan Keperawatan

Memberikan masukan bagi tenaga kesehatan untuk meningkatkan kesuksesan pemberian ARV kepada ODHA sehingga meningkatkan kualitas hidupnya.

### c. Bagi Peneliti

Dapat meningkatkan wawasan ilmu pengetahuan, pengalaman serta proses pembelajaran yang sangat bermakna dan bermanfaat dalam rangka penerapan ilmu keperawatan khususnya dalam perawatan ODHA sehingga dapat menerapkan keilmuan tersebut di masyarakat.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Penyakit HIV/AIDS**

##### **1. Pengertian**

*Human Immunodeficiency Virus* atau HIV adalah virus yang menyerang sel darah putih di dalam tubuh (limfosit) yang mengakibatkan turunnya kekebalan tubuh manusia. Sedangkan *Acquired Immune Deficiency Syndrome* atau AIDS adalah sekumpulan gejala penyakit yang timbul karena kekebalan tubuh yang menurun yang disebabkan oleh infeksi HIV (Gunawan et al., 2016).

Green (2016), memaparkan HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia dan melemahkan kemampuan tubuh untuk melawan segala penyakit yang datang. Kumpulan gejala penyakit akibat lemahnya sistem kekebalan tubuh inilah yang disebut AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*).

##### **2. Etiologi**

Penyebabnya adalah sekelompok retrovirus yang disebut *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). HIV pertama kali diidentifikasi sebagai retrovirus pada tahun 1983 dan diberi nama HIV-1. Pada tahun 1986, retrovirus baru lain yang disebut HIV2 ditemukan di Afrika. Karena HIV2 dianggap sebagai virus yang kurang patogen dibandingkan HIV1, keduanya disebut HIV (Purwanto, 2016).

Hal yang sama juga diungkapkan Irianto (2014), yang mengatakan walaupun jelas bahwa HIV adalah penyebab AIDS, tetapi asal usul virus ini masih belum diketahui. Nama aslinya adalah LAV (*Lymphadenopathy Associated Virus*). Virus ini ditemukan oleh Dr. L. Montagnier, seorang ilmuwan di Institute Pasteur Paris pada tahun 1983 dari seorang pasien dengan gejala "*Lymphadenopathy Syndrome*".

### **3. Cara Penularan**

Hidayati et al., (2019) menjelaskan cara penularan HIV sebagai berikut:

- a. Cairan genital, cairan sperma dan cairan vagina pengidap HIV mengandung virus dalam jumlah besar dan cukup untuk menyebarkan virus, terutama jika disertai Infeksi Menular Seksual (IMS) lainnya. Karenanya, HIV dapat ditularkan melalui semua hubungan seksual yang berbahaya, baik genital, oral dan anus.
- b. Kontaminasi darah atau jaringan, infeksi HIV dapat terjadi melalui kontaminasi darah, seperti transfusi darah dan produk darah (plasma, trombosit), dan melalui transplantasi organ yang terinfeksi virus HIV, atau melalui penggunaan peralatan medis yang tidak steril seperti suntikan yang tidak aman dengan pemakaian alat suntik bersamaan pada penasun, tato dan tindik tidak steril.
- c. Perinatal, penularan dari ibu ke janin atau bayi: titik penularan ke janin terjadi melalui plasenta yang terinfeksi selama kehamilan, melalui darah atau cairan genital selama persalinan, dan melalui ASI selama menyusui.

#### 4. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala HIV tidak akan nampak saat awal terinfeksi. Dalam perjalanan penyakitnya, infeksi HIV melalui tiga fase yang dijelaskan dalam Hidayati et al (2019). Fase tersebut yaitu:

- a. Tahap Infeksi Akut, Dalam waktu 2-6 minggu setelah terinfeksi HIV, seseorang dapat mengembangkan penyakit seperti flu yang dapat berlangsung selama berminggu-minggu. Ini adalah respons alami tubuh terhadap infeksi. Ketika HIV menginfeksi sel target, terjadi proses replikasi, menghasilkan jutaan virus baru, viremia, menyebabkan sindrom infeksi akut dengan gejala mirip flu. Gejalanya seperti demam, nyeri saat menelan, pembengkakan kelenjar getah bening, ruam, diare, nyeri otot dan sendi, atau batuk.
- b. Tahap 2 Infeksi Laten, Setelah infeksi akut, infeksi asimtomatik dimulai dan biasanya berlangsung 8 sampai 10 tahun. Pembentukan respons imun spesifik HIV dan terperangkapnya virus oleh sel dendritik folikel di pusat germinativum kelenjar limpa mengarah pada fakta bahwa virion dapat diatur, gejalanya hilang, dan fase inkubasi dimulai. Meskipun virion di plasma menurun pada tahap ini, replikasi terus terjadi di limpa dan jumlah limfosit TCD4 menurun secara perlahan, meskipun belum menunjukkan gejala. Beberapa pasien mungkin menderita sarkoma kaposi, herpes ooster, herpes simplex, sinusitis bakterial atau pneumonia dan mungkin tidak berlangsung lama.

- c. Tahap 3 Infeksi Kronis, Dengan sistem kekebalan yang melemah, orang yang terinfeksi HIV mulai menunjukkan gejala berupa penurunan berat badan, demam berkepanjangan, kelemahan, pembengkakan kelenjar getah bening, diare, infeksi oportunistik seperti TBC, infeksi jamur, herpes, dan lain-lain.

## 5. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Purwanto (2016), pemeriksaan diagnostik bagi pasien ODHA yaitu:

- a. *Enzyme Linked Immunosorbent Assay (ELISA)*, Ini berinteraksi dengan adanya antibodi dalam serum, menghasilkan warna yang lebih cerah ketika sejumlah besar antibodi virus terdeteksi. Secara umum, tes ELISA positif diulang untuk lebih percaya karena hasil positif palsu dapat memiliki efek psikologis yang signifikan, dan jika keduanya positif, dilakukan tes yang lebih spesifik, yaitu Western Blot.
- b. *Uji Western Blot*, Tes ini juga dikonfirmasi dua kali. Tes ini cenderung tidak memberikan positif palsu atau negatif palsu dan dapat menghasilkan hasil tes yang tidak meyakinkan seperti ELISA yang bereaksi lemah. Hal ini dapat terjadi pada awal proses infeksi HIV atau ketika infeksi berkembang.
- c. HIV juga dapat dideteksi dengan memeriksa keberadaan virus atau komponen virus sebelum ELISA atau Western Blot. Prosedur ini meliputi biakan virus, pengukuran antigen p24 dan pengukuran DNA

dan RNA HIV yang menggunakan reaksi berantai polimerase (PCR) dan RNA HIV-1 plasma.

## **6. Komplikasi**

Menurut Irianto (2014), infeksi oportunistik yang dikenal sebagai komplikasi /AIDS yaitu:

- a. Pneumonia Pneumocytis Carinii
- b. Tuberkulosis
- c. Toksoplamosis
- d. Herpes Simplex
- e. Kandidiasis
- f. Kanker (Sarkoma Kaposi dan Limfoma)

## **7. Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan HIV tergantung pada stadium penyakit dan kemungkinan infeksi oportunistik. Biasanya, tujuan pengobatan adalah untuk mencegah sistem kekebalan tubuh memburuk ke titik dimana infeksi oportunistik berkembang. Sindrom pulih imun atau Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome (IRIS) yang dapat berkembang setelah pengobatan, juga jarang terjadi pada pasien yang belum mencapai titik ini (Hidayati et al., 2019).

Menurut Irianto (2014), pengobatan pada pasien HIV/AIDS yaitu:

- a. Farmakologis, tidak ada obat yang sepenuhnya menyembuhkan HIV/AIDS. Obat Antiretroviral (ARV) digunakan untuk menghambat replikasi virus HIV yang ada. Agar obat ini bekerja

dengan baik, rezimen obat harus diikuti dengan ketat. Harapan hidup penderita HIV/AIDS meningkat sejak obat ini ditemukan.

- b. Non Farmakologis, Penting untuk mempertahankan gaya hidup seperti makan makanan yang sehat, berolahraga secara teratur, dan mendapatkan terapi untuk mengatasi stres dan kecemasan.

## **B. Konsep ARV**

### **1. Pengertian ARV**

Menurut Karyadi, (2017), ARV merupakan perawatan terbaik untuk orang yang terinfeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV) sampai sekarang. Pedoman Nasional Antiretroviral (2011) mendefinisikan ARV adalah peluang untuk memberikan layanan penyakit menular seksual yang komprehensif yang mencakup diagnosis akurat berdasarkan gejala atau tes laboratorium, pengobatan yang efektif setelah diagnosis, pemberitahuan dan pengobatan pasangan, pengurangan risiko perilaku dan menular melalui pendidikan, dan konseling dan penyediaan kondom. Pendapat lain mengatakan bahwa ARV adalah terapi khusus untuk orang dengan HIV/AIDS (ODHA), terapi ini maksimal bukan menyembuhkan tetapi untuk penghambatan replikasi HIV dan viral load yang lebih rendah atau tidak terdeteksi dan peningkatan jumlah CD4 untuk mencegah infeksi oportunistik (Utami, 2017).

Dengan demikian dapat disimpulkan ARV yaitu pengobatan yang diberikan kepada orang yang didiagnosa HIV. Pada prosesnya, ARV ini

tidak menyembuhkan tetapi untuk menghambat replikasi virus sehingga dapat mencegah infeksi oportunistik.

## **2. Tujuan ARV**

Tujuan utama terapi ARV adalah untuk menekan viral load, meningkatkan status kekebalan ODHA dan menurunkan angka kematian akibat infeksi oportunistik (Karyadi, 2017). Selain itu, terapi ARV juga bertujuan untuk mempertahankan kekebalan, meningkatkan kualitas hidup, dan menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat HIV (Utami, 2017).

## **3. Tata Laksana Pemberian ARV**

Dalam Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2019) terapi ARV diberikan kepada semua yang terdiagnosis HIV/AIDS tanpa melihat stadium klinis dan jumlah nilai CD4 pada orang dewasa, remaja (10-18 tahun) dan pada anak berusia kurang dari 10 tahun. Terapi ARV dibedakan menjadi tiga yaitu terapi ARV lini pertama, terapi ARV lini kedua dan terapi ARV lini ketiga. Terapi ARV lini pertama terdiri dari dua *nucleoside reverse-transcriptase inhibitors* (NRTI) ditambah *non-nucleoside reverse-transcriptase inhibitor* (NNRTI) atau *protease inhibitor* (PI).

Paduan terapi ARV lini pertama dalam Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2019) dapat dilihat pada tabel berikut:

**Tabel 1. Paduan Terapi ARV Lini Pertama pada Dewasa, Remaja, dan Anak Usia 3-10 Tahun**

	Paduan Pilihan	Paduan Alternatif
Orang Dewasa	TDF + 3TC (atau FTC) + EFV dalam bentuk KDT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AZT + 3TC + NVP</li> <li>• AZT + 3TC + EFV</li> <li>• TDF + 3TC (atau FTC) + NVP</li> <li>• AZT + 3TC + EFV</li> <li>• TDF + 3TC (atau FTC) + EFV</li> </ul>
Pada Remaja	TDF + 3TC (atau FTC) + EFV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TDF + 3TC (atau FTC) + EFV</li> <li>• AZT + 3TC + EFV</li> <li>• AZT + 3TC + EFV</li> <li>• TDF + 3TC (atau FTC) + NVP</li> </ul>
Pada anak berusia 3-10 tahun	(ABC atau AZT) + 3TC + LPV/r	(ABC atau AZT) + 3TC + NVP

Paduan Terapi ARV lini kedua pada remaja dan orang dewasa menggunakan kombinasi 2 NRTI dan 1 *booster*-PI. Jika terapi ARV lini pertama paduan TDF + 3TC (atau FTC) gagal, maka paduan kelompok NRTI lini kedua yang digunakan adalah AZT + 3TC. Jika terapi ARV lini pertama paduan AZT + 3TC gagal, maka paduan kelompok NRTI lini kedua yang digunakan adalah TDF + 3TC (atau FTC) (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

Anak yang mengalami kegagalan terapi dengan paduan berbasis NNRTI direkomendasikan untuk menggunakan paduan berbasis PI sebagai pilihan paduan terapi lini kedua, karena ketersediaannya lebih luas dan biayanya lebih rendah. Paduan PI yang direkomendasikan adalah LPV/r. Jika terapi ARV lini pertama berbasis LPV/r gagal, maka

paduan harus berganti kepada paduan terapi ARV lini kedua yang terdiri atas 2 paduan kelompok NNRTI + EFV. Jika terapi ARV lini pertama berbasis NNRTI gagal, maka anak terinfeksi HIV harus berganti kepada panduan terapi ARV lini kedua berbasis paduan kelompok PI. Pilihan paduan dari kelompok PI yang merupakan pilihan pertama adalah LPV/r. Jika terapi ARV lini pertama dengan paduan ABC atau TDF + 3TC gagal, maka paduan kelompok NRTI lini kedua yang terpilih adalah AZT + 3TC. Jika terapi ARV lini pertama dengan paduan AZT + 3TC gagal, maka paduan kelompok NRTI lini kedua yang terpilih adalah ABC atau TDF + 3TC (atau FTC) (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

Pada kasus kegagalan lini pertama dan kedua maka dilanjutkan dengan terapi ARV lini ketiga. Paduan ARV lini ketiga harus menggunakan obat dengan risiko resistensi silang dengan paduan yang digunakan sebelumnya, seperti INSTI, NNRTI generasi kedua dan PI. Pasien yang gagal terapi lini kedua, namun tidak mempunyai pilihan obat ARV lini ketiga, tetap melanjutkan paduan obat yang dapat ditoleransi sebelumnya (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

Adapun paduan terapi ARV lini ketiga pada anak, remaja dan dewasa dalam Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2019) dapat dilihat pada tabel berikut

**Tabel 2. Paduan Terapi ARV Lini Ketiga pada Dewasa, Remaja dan Anak Usia 0-10 Tahun**

	Paduan Terapi ARV Lini Pertama	Paduan Terapi ARV Lini Kedua	Paduan Terapi ARV Lini Ketiga
Remaja dan dewasa	2 NRTI + EFV (atau NVP)	2 NRTI + LPV/r	DRV/r + DTG ± 1-2 NRTI
Anak (0-10 tahun)	2 NRTI + LPV/r	2 NRTI + LPV/r	
	2 NRTI + EFV (atau NVP)	2 NRTI + LPV/r	

Daftar obat ARV yang ada di Indonesia dalam (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2012) dapat dilihat dalam tabel berikut:

**Tabel 3. Daftar Obat ARV di Indonesia Beserta Nama Dagang yang Sering digunakan, Dosis dan Efek Sampingnya**

Golongan	Sediaan dan dosis yang direkomendasikan	Efek samping	Keterangan
<b>Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NRTI)</b>			
Zidovudine (AZT) (Reviral®)	250-300 mg setiap 12 jam Dosis 250 mg dapat diberikan tanpa mengurangi efektivitas AZT dengan kemungkinan timbulnya efek samping yang lebih rendah	Perlu dilakukan pemantauan efek samping supresi sumsum tulang (anemi makrositik atau netropeni) ES lain : asidosis laktat dengan steatosis hepatitis (jarang); intoleransi gastrointestinal; sakit kepala; sukar tidur, miopati; pigmentasi kulit dan kuku	Dalam suhu kamar Duviral® merupakan FDC dari AZT+3TC
Stavudine (d4T) (Staviral®)	30 mg; diberikan tiap 12 jam	Neuropati perifer, lipodistrofil dan laktat asidosis	Dalam suhu kamar

		merupakan efek samping yang sering timbul. Pemeriksaan ketiga gejala tersebut diatas perlu dilakukan secara terus-menerus ES lain : pankreatitis	
Lamivudine (3TC) (Hiviral®)	150 mg; diberikan tiap 12 jam atau 300 mg setiap 24 jam	Toksistas rendah Efek samping asidosis laktat dengan steatosis hepatitis (jarang)	Dalam suhu kamar. Jika ODHA telah mendapatkan Lamivudin untuk tujuan pengobatan Hepatitis B sebelumnya, maka Lamivudine tidak dapat digunakan karena telah terjadi resisten. Duviral® merupakan FDC dari AZT+3TC
Didanosine (ddl)	250 mg (BB <60 mg) dan 400 mg (BB >60 mg); diberikan single dose setiap 24 jam (tablet bufer atau kapsul <i>enteric coated</i> )	Didanosine merupakan obat dari golongan “d” drugs bersama dengan d4T dan ddC. ddl tidak dapat digunakan bersama dengan d4T karena memperkuat timbulnya efek samping seperti pankreatitis, neuropati, asidosis laktat, lipoatrofi. Efek samping lain :	Tablet dan kapsul dalam suhu kamar. Puyer harus dalam refrigerator, suspensi oral/formula pediatrik dapat tahan hingga 30 hari bila disimpan dalam lemari es. Sudah tidak digunakan di Indonesia

		<p>asidosis laktat dengan steatosis hepatitis (jarang); mual; muntah; diare</p> <p>Ddl tidak boleh digunakan bersama dengan Tenofovir karena interaksi obat yang menyebabkan kadar Tenofovir dalam darah turun sehingga menyebabkan kegagalan pengobatan ddl juga tidak direkomendasikan untuk digunakan bersama dengan Abacavir karena data pendukung yang tidak cukup</p>	
Abacavir (ABC) (Ziagen®)	300 mg; diberikan tiap 12 jam ATAU 600 mg setiap 24 jam	<p>Abacavir mempunyai efek samping hipersensitivitas dengan insiden sekitar 5-8 % (dapat fatal). Demam, ruam, kelelahan, mual, muntah, tidak nafsu makan</p> <p>Gangguan pernafasan (sakit tenggorokan, batuk) asidosis laktat dengan steatosis hepatitis (jarang)</p> <p>Penggunaan Abacavir harus</p>	<p>Dalam suhu kamar</p> <p>Hanya digunakan untuk formula anak</p>

		<p>dihentikan jika terjadi reaksi alergi dan TIDAK boleh digunakan lagi (re-start)</p> <p>Efek samping abacavir sama dengan efek samping Nevirapine dan kotrimoksazol sehingga penggunaan Abacavir bersama dengan Nevirapine merupakan kontra indikasi</p> <p>Pada negara maju, pemeriksaan HLA *B 5701 sebelum memberikan Abacavir, jika HLA*B5701 negatif maka Abacavir dapat digunakan</p> <p>Penggunaan Abacavir dapat menyebabkan cardiomiopati, terjadi terutama jika viral load &gt;100,000 <i>copies/ml</i></p>	
Emtricitabine (FTC)	200 mg setiap 24 jam	Merupakan turunan dari 3TC, dapat digunakan pada Hepatitis B	Dalam suhu kamar Truvada®- merupakan FDC dari TDF+FTC Atripla®- merupakan FDC dari TDF+FTC+EFV
<b>Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitor (NtRTI)</b>			

Tenofovir (TDF) (Viread®)	300 mg; diberikan single dose setiap 24 jam (Catata : interaksi obat dengan ddl, tidak lagi dipadukan dengan ddl)	Insufisiensi fungsi ginjal, sindrom Fanconi, sehingga perlu dilakukan pemeriksaan fungsi ginjal sebagai data awal (baseline data) Astenia, sakit kepala, diare, mual, muntah, perut kembung; penurunan bone mineral density, osteomalasia	Dalam suhu kamar Truvada®- merupakan FDC dari TDF+FTC Atripla®- merupakan FDC dari TDF+FTC+EFV
<b>Non Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NRTI)</b>			
Nevirapine (Neviral®)	200 mg setiap 24 jam selama 14 hari, kemudian 200 mg setiap 12 jam	Efek samping pada nevirapine adalah dose dependent, sehingga untuk 2 minggu pertama dilakukan eskalasi dosis 200 mg/dosis tunggal dan 200 mg/12 jam pada hari ke 15 dan seterusnya Jika Nevirapine digunakan untuk mengganti (substitusi) Efavirense maka nevirapine langsung diberikan dengan dosis penuh tanpa escalating dosis Efek samping nevirapine lainnya yang perlu diperhatikan adalah hepatotoksik Nevirapine	Dalam suhu kamar

		<p>dihentikan jika terjadi kenaikan SGPT &gt;5 kali dari baseline</p> <p>Nevirapine dihentikan jika terjadi steven-Johnson sindrom dan tidak boleh di ulang kembali.</p> <p>Pemberian Nevirapine pada wanita dengan CD4 &gt;250 dan pria dengan CD4 &gt;400 perlu dilakukan pemantauan ketat terhadap timbulnya reaksi alergi</p> <p>Nevirapine TIDAK boleh digunakan untuk Post Exposure Prophylaxis (PEP)</p> <p>Nevirapine dapat dipertimbangkan untuk digunakan bersama dengan Rifampisin jika Efaviren merupakan kontraindikasi</p> <p>Efavirenz TIDAK direkomendasikan untuk digunakan guna keperluan substitusi jika telah terjadi Steven Johnson syndrom</p>	
<p>Efavirenz (Stocrine®)</p> <p>(Efavir®)</p> <p>(Sustiva®)</p>	<p>600 mg; diberikan single dose 24 jam (malam) hari</p>	<p>Gejala SSP; pusing, mengantuk, sukar tidur, bingung,</p>	<p>Dalam suhu kamar</p> <p>Atripla®-merupakan FDC</p>

		<p>halusinasi, agitasi, seperti susah konsentrasi, insomnia, vivid dream, depresi, skizofrenia.</p> <p>Peningkatan kadar transaminase</p> <p>Hiperlipidemi, ginekomasti, ruam kulit. Potensi teratogen</p> <p>Merupakan obat pilihan utama pada ko-infeksi TB/HIV</p> <p>Mempunyai profile efek samping pada gangguan mental</p> <p>Pada wanita hamil, Efavirenz diberikan setelah trimester pertama</p> <p>Dilaporkan menyebabkan false positif pada skrining cannabis dan benzodiazepine</p>	<p>dari TDF+FTC+EFV</p>
<b>Protease Inhibitor (PI)</b>			
Lopinavir/ritonavir (LPV/r) (Aluvia®)	<p>Tablet heat stable lopinavir 200 mg+ritonavir 50 mg: 400 mg/100 mg setiap 12 jam</p> <p>Untuk pasien dalam terapi TB yang mengandung Rifampisin digunakan LPV 800 mg+RTV 200 mg dua kali sehari, dengan pemantauan ketat keadaan klinis &amp; fungsi hati</p>	<p>Efek samping metabolic seperti hiperglikemia (diabetes), hiperkholestolemi, lipoakumulasi perlu dimonitor pada penggunaan jangka panjang</p> <p>Intoleransi gastrointestinal, mual, muntah, peningkatan enzim transaminase</p> <p>Kontra indikasi</p>	<p>Dalam suhu kamar</p>

		relatif untuk digunakan bersama dengan Rifampisin karena adanya interaksi obat yang menyebabkan kadar LPV/r hilang hingga 90%	
--	--	---	--

#### 4. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Penggunaan ARV

Menurut Yuniar et al (2013), faktor pendukung kepatuhan minum obat ARV adalah :

- a. Faktor Internal, Faktor intrinsik utama yang mendukung kepatuhan adalah motivasi intrinsik pasien untuk bertahan hidup, kesadaran tingkat tinggi akan fungsi dan manfaat obat ARV, dan keyakinan tentang agama/keyakinan mereka. Motivasi pasien untuk pulih atau bertahan hidup adalah faktor yang paling sering disampaikan responden.
- b. Faktor Pelayanan, Ketersediaan obat ARV dan layanan puskesmas untuk perkembangan anak dan VCT gratis menjadi faktor pendukung ODHA patuh minum obat ARV. Namun kemudian terkadang terkendala pada keterjangkauan dan akses. Khususnya dalam hal biaya pengobatan. Karena lamanya pengobatan HIV/AIDS sehingga biaya yang dikeluarkan menjadi besar termasuk tes laboratorium dan pengobatan untuk infeksi oportunistik menjadi salah satu faktor ketidakpatuhan berobat. Peningkatan kapasitas

keuangan dan dukungan keuangan dari orang lain untuk menutupi biaya akan sedikit mengurangi biaya yang ditanggung ODHA.

- c. Faktor Dukungan Sosial, Dukungan sosial dari keluarga, teman, dan tenaga kesehatan berpengaruh signifikan terhadap kepatuhan ODHA terhadap terapi ARV. Untuk ODHA dimana keluarga mengetahui kondisinya dan keluarga dapat menerima kondisinya, biasanya faktor keluarga menjadi pendukung utama. Orang tua, suami/istri, dan anak-anak biasanya adalah orang-orang terdekat yang mengingatkan ODHA untuk minum obat. Dalam hal ini, keluarga dapat berperan sebagai Pengawas Minum Obat (PMO) bagi ODHA.

Faktor lain yang memengaruhi penggunaan kepatuhan terhadap terapi ARV yaitu tempat tinggal, status pendidikan, penggunaan zat dan pekerjaan. Sedangkan jenis kelamin, usia, status perkawinan dan jarak dari rumah sakit tidak memiliki hubungan yang signifikan (Abera et al., 2015).

Kepatuhan minum obat berpengaruh terhadap kualitas hidup ODHA. Orang yang patuh dalam menjalani terapi akan meningkatkan kualitas hidup. Hal ini membuktikan bahwa semakin tinggi kepatuhan menjalankan terapi ARV maka kualitas hidup ODHA akan semakin baik (Banna & Manoppo, 2019).

## **C. Karakteristik Penggunaan ARV**

### **1. Lama Penggunaan**

Penggunaan ARV merupakan upaya untuk meningkatkan harapan hidup orang HIV. Obat ARV berfungsi dengan memperlambat replikasi virus, mengakibatkan penurunan virus dalam sirkulasi darah dan peningkatan CD4+ dan sistem kekebalan tubuh (Hayatiningsih et al., 2017). Mulai ARV dini telah terbukti bermanfaat untuk pencegahan, manfaat klinis, meningkatkan harapan hidup, dan menurunkan prevalensi infeksi terkait HIV di Masyarakat (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

Obat ARV harus diberikan kepada semua pasien HIV, tanpa memandang stadium klinis atau jumlah CD4. Pengobatan ARV harus dimulai dan dipertahankan pada semua ODHA hamil dan menyusui, dilanjutkan seumur hidup (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

### **2. Kombinasi ARV dengan Herbal**

Pengobatan HIV/AIDS dilakukan dengan menggunakan obat ARV. Obat herbal juga digunakan oleh beberapa individu untuk meminimalkan efek negatif dari pengobatan HIV/AIDS. Produk herbal telah terbukti memengaruhi farmakokinetik ARV, berpotensi mengakibatkan toksisitas obat atau kegagalan pengobatan (Prasetyo et al., 2021).

Obat herbal yang bisa digunakan dengan ARV dalam pengobatan HIV/AIDS adalah pengobatan teh dari kulit buah naga merah. Karena mengandung berbagai komponen antioksidan, seperti flavonoid, teh dari kulit buah naga merah berpotensi untuk digunakan sebagai agen pengobatan infeksi oportunistik pada pasien HIV/AIDS. Flavonoid dalam teh tersebut berpengaruh dalam menurunkan frekuensi dan kekambuhan lesi yang disebabkan oleh jamur, bakteri, dan virus (Fitriani et al., 2014).

Selain itu, jenis herbal lainnya yang digunakan adalah temulawak dan jamu kunyit asam. Beberapa orang mengatakan bahwa nilai SGPT/SGOT menurun setelah mengonsumsi temulawak (Permatasari et al., 2020).

### **3. Kepatuhan Pengobatan ARV**

Untuk memenuhi berbagai tujuan, pengobatan ARV harus berhasil. Kepatuhan adalah aspek penting dalam mencapai keberhasilan terapi HIV. Kepatuhan adalah minum obat seperti yang ditentukan, tidak pernah lupa, selalu tepat waktu, dan tidak pernah melewatkan dosis. Komponen terpenting dalam mengurangi jumlah virus HIV dalam tubuh manusia adalah kepatuhan terhadap ARV (Karyadi, 2017).

Individu, akses terhadap informasi kesehatan, dan dukungan sosial adalah faktor yang terkait dengan kepatuhan selama pengobatan ARV. Faktor individu meliputi status pekerjaan, pendidikan, etnis, pengetahuan pengobatan, riwayat mengganti ARV, dan efek samping ARV. Akses terhadap informasi kesehatan meliputi asuransi kesehatan,

layanan konseling kepatuhan, akses layanan kesehatan, dan stigma. Dukungan sosial dapat diperoleh dari anggota keluarga dan teman sebaya (Adiningsih et al., 2018).

#### **4. Efek Samping yang dirasakan**

Efek samping dari ARV menjadi salah satu alasan utama pasien HIV menunda atau menghentikan terapi, yang mengakibatkan tingkat kepatuhan yang rendah. Efek samping ini tidak hanya menyebabkan rasa sakit dan penderitaan fisik, tetapi juga berdampak negatif pada banyak aspek kehidupan sehari-hari, seperti pekerjaan yang terbatas. Manajemen terhadap gejala efek samping dapat meningkatkan kepatuhan, baik dengan cara penyesuaian perilaku dan diet atau dengan cara farmakologi (Puspasari et al., 2018). Efek samping ARV timbul pada pasien HIV dalam beberapa minggu pertama setelah memulai pengobatan jangka panjang. Sebagian besar efek samping ARV relatif ringan dan dapat diatasi dengan memberikan obat-obatan pendukung, memungkinkan pasien HIV untuk melanjutkan terapi mereka (Putra, 2021).

Dalam penelitian yang dilakukan Putra (2021), efek samping yang dirasakan dari pasien HIV rawat jalan yang sering terjadi adalah pusing, mual dan muntah, dan ruam. Hal yang sama juga dijelaskan Puspasari et al., (2018) dalam penelitiannya, bahwa mual pusing, gatal dan ruam adalah efek samping yang paling banyak dirasakan. Efek samping ini melibatkan sistem saraf pusat non-spesifik, yang menyebabkan mual, pusing, vertigo dan sakit kepala. Mual adalah

sensasi subjektif dari keinginan untuk muntah yang disebabkan oleh aktivasi pusat muntah di medula oblongata.

## **5. Jenis Terapi yang digunakan**

Pengobatan ARV terdiri dari paduan 3 obat ARV yaitu dengan dua obat dasar (NRTI) dan satu obat pilihan (INSTI, NNRTI, PI). Nucleos(t)ide RTI (NRTI) terdiri dari Tenofovir (TDF), Zidovudin (ZDV), Lamivudin (3TC), Emtricitabin (FTC), dan Abacavir (ABC). Jenis obat Integrase Inhibitor (INSTI) yaitu Dolutegravir (DTG). Untuk jenis obat Non-nucleoside RTI (NNRTI) yaitu Efavirenz (EFV), Nevirapin (NVP), dan Rilpivirin (RPV). Dan jenis obat Protease Inhibitor (PI) adalah Lopinavir/ritonavir (LPV/r) (Sebayang, 2020).

## **D. Konsep Kualitas Hidup**

### **1. Pengertian Kualitas Hidup**

WHO mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu tentang posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai di mana mereka tinggal dan dalam kaitannya dengan tujuan, harapan, standar, dan perhatian mereka (*WHOQOL*, 2022). Kualitas hidup adalah tingkat kepuasan atau ketidakpuasan yang dirasakan seseorang tentang berbagai aspek dalam kehidupannya. Kualitas hidup termasuk kemandirian, *privacy*, pilihan, penghargaan dan kebebasan bertindak. Kualitas hidup adalah tingkatan yang menggambarkan keunggulan seorang individu yang dapat dinilai dari kehidupan mereka (Ekasari et al., 2018).

Berdasarkan uraian di atas maka disimpulkan bahwa kualitas hidup adalah pandangan seseorang terhadap dirinya dalam berbagai aspek kehidupan yang dijalannya.

## **2. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kualitas Hidup**

Faktor-faktor yang memengaruhi kualitas hidup menurut Jacob & Sandjaya (2018) dalam penelitiannya tentang faktor-faktor yang memengaruhi kualitas hidup masyarakat Kabupaten Tolikara yaitu faktor fisik, faktor psikologis, faktor sosial, dan faktor lingkungan. Selain itu, (Anderson et al., 2017) menyampaikan bahwa ada banyak hal yang dapat memengaruhi kualitas hidup pasien HIV/AIDS, dua diantaranya adalah berapa lama pengobatan dilakukan, dan bagaimana efek samping yang dirasakan dari pengobatan tersebut.

Khairunniza & Saputra (2020), mengungkapkan bahwa faktor-faktor yang memengaruhi dan juga menjadi faktor risiko terhadap kualitas hidup ODHA adalah kepatuhan minum obat, lama terapi ARV dan depresi. Dari ketiga faktor tersebut, faktor kepatuhan minum obat lebih berpengaruh daripada lama terapi ARV, dan depresi. Secara umum, ODHA yang memakai ARV untuk waktu yang lama mengalami peningkatan skor kualitas hidup. ARV terbukti memperpanjang umur ODHA, menjaga kesehatan fisik, dan meningkatkan manajemen penyakit. Secara umum, depresi membuat ODHA pesimis tentang masa depan, melihat diri mereka sendiri tidak berharga, mencoba mengasingkan diri, berhenti berkomunikasi dengan orang lain, dan

melihat diri mereka dikutuk oleh Tuhan. Oleh karena itu, depresi memengaruhi setiap aspek kualitas hidup ODHA.

Laki-laki, menikah atau hidup dalam hubungan kemitraan, bekerja, memiliki lebih sedikit masalah keuangan, tidak memiliki depresi atau komorbiditas (medis) lainnya, merupakan faktor utama yang dapat meningkatkan kualitas hidup pasien ODHA. Kurangnya biaya untuk melakukan perawatan dapat menurunkan kualitas hidup. Dengan adanya pasangan khususnya adanya hubungan sosial dengan orang lain dapat meningkatkan kualitas hidup. Hal ini dikarenakan hubungan intim sangatlah penting, yang berfungsi sebagai sumber utama dukungan sosial dan emosional. Depresi dan adanya penyakit medis lainnya mengakibatkan kualitas hidup memburuk (Nobre et al., 2017).

Menurut Sugimoto et al (2005) penggunaan herbal seperti jamu dapat menurunkan gejala HIV/AIDS seperti demam, batuk, diare, penyakit kulit, sakit perut, infeksi mulut, penyakit jamur, mual, susah tidur, herpes, nafsu makan buruk dan abses. Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya, gejala yang dirasakan ODHA dapat mengakibatkan penurunan kualitas hidup. Dengan pemanfaatan herbal dapat mengurangi gejala HIV/AIDS maka kualitas hidup pasien juga akan meningkat.

### **3. Domain Kualitas Hidup**

Menurut WHO (1996) dalam Nursalam (2015) ada empat dominan yang dijadikan parameter untuk mengetahui kualitas hidup. Setiap dominan akan dijelaskan dalam beberapa aspek yakni:

a. Domain Kesehatan Fisik

WHO membagi domain fisik menjadi tujuh bagian, yaitu:

- 1) Kegiatan kehidupan sehari-hari
- 2) Ketergantungan pada bahan dan obat dan bantuan medis
- 3) Energi dan kelelahan
- 4) Morbilitas
- 5) Rasa sakit dan kenyamanan
- 6) Tidur dan istirahat
- 7) Kapasitas kerja

b. Domain Psikologis

WHO membagi domain psikologis menjadi enam bagian, yaitu:

- 1) Bentuk dan tampilan tubuh
- 2) Perasaan negatif
- 3) Perasaan positif
- 4) Penghargaan diri
- 5) Spiritualitas agama atau keyakinan pribadi
- 6) Berpikir, belajar, memori dan konsentrasi

c. Domain Hubungan Sosial

WHO membagi domain hubungan sosial pada tiga bagian yaitu:

- 1) Hubungan pribadi
- 2) Dukungan sosial
- 3) Aktifitas seksual

d. Domain Lingkungan

WHO membagi domain lingkungan pada delapan bagian, yaitu:

- 1) Sumber daya keuangan
- 2) Kebebasan, keamanan dan kenyamanan fisik
- 3) Kesehatan dan perhatian sosial: aksesibilitas dan kualitas
- 4) Lingkungan rumah
- 5) Peluang untuk memperoleh informasi baru dan keterampilan baru
- 6) Partisipasi dan kesempatan untuk rekreasi dan keterampilan baru
- 7) Lingkungan fisik (polusi atau kebisingan atau lalu lintas atau iklim)
- 8) Transportasi

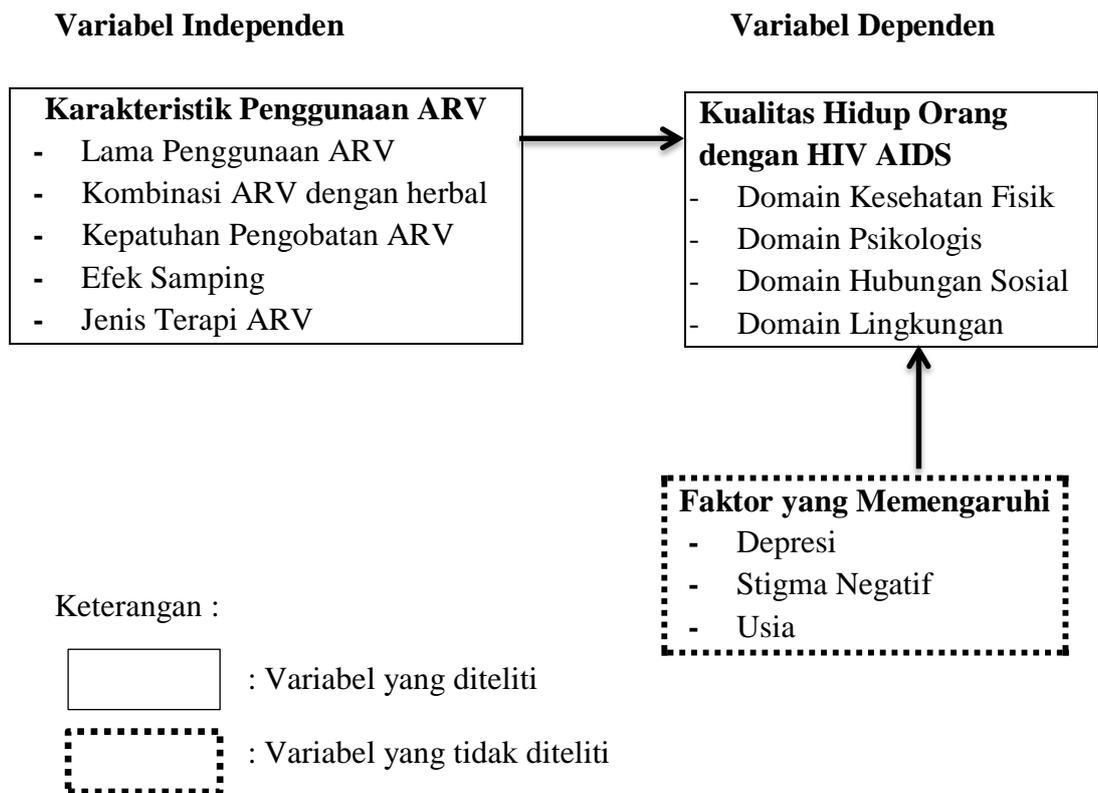
### BAB III

#### KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

##### A. Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan visualisasi dari hubungan antar variabel yang berbeda, dirumuskan oleh peneliti setelah membaca berbagai teori yang ada dan kemudian menyusun teorinya sendiri, yang ia gunakan sebagai dasar penelitiannya. Diagram dalam kerangka konsep harus menunjukkan hubungan antara variabel yang diteliti (Masturoh & T, 2018).

Berdasarkan uraian teori yang telah dijelaskan dalam tinjauan pustaka dan masalah penelitian maka dapat disusun kerangka konseptual penelitian dalam bentuk skema sebagai berikut:



**Bagan 1. Kerangka Konsep Penelitian**

## **B. Hipotesis Penelitian**

Hipotesis ini merupakan jawaban sementara berdasarkan teori yang belum dibuktikan dengan data atau fakta apapun. Pengujian dilakukan dengan menguji hipotesis melalui uji statistik. Dalam hal ini hipotesis menjadi pedoman bagi analisis hasil penelitian, sedangkan hasil penelitian harus dapat menjawab tujuan penelitian, terutama tujuan khusus, sehingga sebelum merumuskan hipotesis, terlebih dahulu harus dilihat tujuan penelitian (Masturoh & T, 2018).

Hipotesis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Ada hubungan positif yang signifikan antara lama penggunaan ARV dengan kualitas hidup ODHA pada domain kesehatan fisik, domain psikologis, domain hubungan sosial, dan domain lingkungan.
2. Ada hubungan yang signifikan antara kombinasi ARV dengan herbal dengan kualitas hidup ODHA pada domain kesehatan fisik, domain psikologis, domain hubungan sosial, dan domain lingkungan.
3. Ada hubungan yang signifikan antara kepatuhan pengobatan ARV dengan kualitas hidup ODHA pada domain kesehatan fisik, domain psikologis, domain hubungan sosial, dan domain lingkungan.
4. Ada hubungan negatif yang signifikan antara efek samping ARV dengan kualitas hidup ODHA pada domain kesehatan fisik, domain psikologis, domain hubungan sosial, dan domain lingkungan.

5. Ada hubungan yang signifikan antara jenis terapi ARV dengan kualitas hidup ODHA pada domain kesehatan fisik, domain psikologis, domain hubungan sosial, dan domain lingkungan.